

Article original

Vécu de la douleur postopératoire et résultats à long terme après chirurgie hémorroïdaire par anopexie

Postoperative pain and long-term results after hemorrhoidal treatment with anopexy

F. Pigot^{a,*}, M. Dao Quang^b, A. Castinel^a, F. Juguet^a, D. Bouchard^a, F.-A. Allaert^{c,d}, J. Bockle^d

^a Service de proctologie médicochirurgicale, hôpital Bagatelle, rue Robespierre, Talence 33400 cedex, France

^b Service de chirurgie digestive, hôpital Saint-Paul, 12, Chu-Van-An, Hanoï, Vietnam

^c Département d'épidémiologie de l'université McGill, Montréal, Canada

^d Cenbiotech, centre hospitalier universitaire, 21000 Dijon, France

Disponible sur internet le 26 janvier 2006

Résumé

Buts de l'étude. – L'anopexie permet de traiter chirurgicalement la maladie hémorroïdaire, avec des suites moins douloureuses que l'hémorroïdectomie. Cette information importante à communiquer au patient, peut être source d'insatisfaction si la douleur vécue dépasse la douleur attendue. Évaluer la douleur et l'incapacité physique ressenties après anopexie par rapport à celles attendues. Évaluer les résultats fonctionnels en fonction des données pré- et peropératoires.

Résultats. – Soixante-huit malades consécutifs (56 hommes), d'âge moyen 51 ans (25–83) ont été inclus prospectivement. Les hémorroïdes étaient quatre fois de grade 2 (6 %), 52 de grade 3 (76 %) et 12 de grade 4 (18 %). La douleur postopératoire était égale ou moindre à celle attendue pour 85 %, avec une meilleure tolérance supérieure à 45 ans ($p < 0,05$). L'incapacité physique était égale ou moindre à celle attendue pour 89 %. À 32 semaines des symptômes hémorroïdaires étaient rapportés par 23 %. Aucune caractéristique des malades, ni variation technique n'influençaient ce résultat. Des besoins pressants étaient décrits par 17 % des malades. Ces troubles de la continence étaient plus fréquents en cas de ligne d'agrafage inférieure à 6,5 mm de la ligne pectinée, taille de la collerette inférieure à 22 mm, hémorroïdes externes et fonction de l'opérateur.

Conclusion. – Une information pragmatique bien qu'imprécise sur la moindre douleur à attendre après anopexie n'expose pas à la déception des malades. Les résultats fonctionnels ne sont pas influencés par la technique opératoire. À l'inverse les troubles de la continence sont peu sévères, mais fréquents si la ligne d'agrafage est à moins de 6,5 mm de la ligne pectinée.

© 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

Aims. – Anopexy allows treatment of hemorrhoidal symptoms with a less painful postoperative course. This information is important for the patient, but may lead to dissatisfaction if pain level is higher than expected. To evaluate perceived pain and physical limitation levels in relation to patient's expectation. Evaluate long-term functional results.

Results. – Sixty-eight consecutive patients (56 males) were prospectively included. Distribution of haemorrhoid grades were 4 grade 2 (6%), 52 grade 3 (76%) and 12 grade 4 (18%). Postoperative pain level was less or equal than expected for 85% of patients, with a better acceptance superior to 45 years. Physical limitation was equally or less important than expected for 89%. At the 32 weeks follow-up hemorrhoidal symptoms were present in 23%, uninfluenced by any patient's or operative characteristics. Incontinence with urgency was reported by 17%. Presence of an

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : proctobagatelle@mspb.com (F. Pigot).

alliterated continence was linked to stapled line inferior to 6,5 mm from pectineate line, doughnut height inferior to 22 mm, external hemorrhoids and related to surgeon.

Conclusion. – Pragmatic information, although vague, about postoperative pain does not expose to patient's dissatisfaction. Functional results are not influenced by technical variation. Continence alterations are not severe, but frequent when stapled line is too close from pectineate line. © 2006 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Hémorroïdes ; Anopexie ; Chirurgie ; Évaluation

Keywords: Hemorrhoids; Surgery; Evaluation; Anopexy

1. Introduction

L'anopexie est une technique chirurgicale originale décrite par Longo pour la première fois en 1998. Elle consiste à corriger le prolapsus des hémorroïdes et à réduire leur vascularisation en réséquant une collerette de muqueuse rectale sus-anale à l'aide d'une pince mécanique introduite par l'anus. Du fait de l'absence de plaie au niveau du canal anal la douleur postopératoire est moindre qu'après hémorroïdectomie pédiculaire ouverte ou fermée [1]. Ce résultat n'est en effet, vrai qu'en moyenne, tant dans le groupe des malades opérés par la technique de Longo, que dans celui des opérés par hémorroïdectomie classique, il existe une forte variation individuelle de l'intensité de la douleur postopératoire [2,3]. Peut-on présenter au futur opéré l'intervention de Longo comme « peu douloureuse » ou « moins douloureuse », et exposer à une déconvenue ceux qui subiront une douleur postopératoire supérieure à la moyenne ?

L'efficacité à long terme de l'intervention de Longo peut dépendre du degré de la maladie hémorroïdaire, des variantes techniques appliquées, notamment la hauteur de l'agrafage et du mode d'évaluation du résultat.

Nous avons évalué prospectivement dans une cohorte de malades consécutifs, la douleur postopératoire vécue par le malade par rapport à la douleur qu'il s'attendait à ressentir, ainsi que les résultats à long terme en les rapportant aux données recueillies en pré- et peropératoire.

2. Méthodes

Ont été inclus de façon prospective les patients opérés consécutivement selon la technique de Longo entre décembre 2003 et juin 2004 sur un site unique (hôpital Bagatelle) par trois opérateurs ayant chacun une expérience d'au moins 100 interventions. L'indication opératoire était posée devant une symptomatologie faite de douleur, saignements, prolapsus ou tuméfaction persistant malgré un traitement médical et éventuellement un traitement instrumental. Étaient exclus les malades souffrant de thromboses à répétition et ceux porteurs d'une fissure anale chronique. Une pathologie associée était éliminée par une rectoscopie systématique préopératoire. Une colonoscopie était proposée chez les sujets à risque, ou en fonction du contexte clinique. L'intervention n'était pas présentée comme donnant des suites indolores, mais comme moins intensément ou moins longtemps douloureuse qu'une hémorroïdectomie classique.

Toutes les interventions ont été réalisées sous anesthésie générale avec ou sans curarisation, au libre choix de l'anesthésiste. Un des opérateurs associait systématiquement un bloc pudendal par infiltration en début d'intervention des deux fosses ischiorectales avec 20 ml d'une solution de ropivacaïne à 7,5 %. Une dernière sélection des malades était faite lors de l'anesthésie en début d'intervention, elle excluait les patients ayant un anus étroit ne permettant pas l'introduction sans force du dilateur. La technique consistait à réséquer une collerette de muqueuse rectale juste au-dessus du sommet des hémorroïdes internes, en respectant ces dernières. La ligne pectinée masquée par le dilateur n'était pas utilisée pour déterminer la hauteur du faufilage de la bourse. En cas de prolapsus muqueux important deux bourses pouvaient être faufilées. Toutes les procédures ont été effectuées avec le kit PPH 01 ou 03 (*Ethicon EndoSurgery*). Aucun pansement intra-anal n'était mis en place en fin d'intervention. Aucune intervention n'a été effectuée en ambulatoire, la date de sortie était laissée à la discrétion de l'opérateur. Les antalgiques donnés à volonté en quantité et en durée ont été en première ligne une association de paracétamol-dextropropoxyphène, puis si besoin un anti-inflammatoire non stéroïdien (ibuprofène). En cas de contre-indication aux anti-inflammatoires non stéroïdiens, était donnée de la morphine per os. Des laxatifs osmotiques ont été débutés 24 heures avant l'intervention et continués pendant un mois. Aucun soin local n'était prescrit. Les malades étaient informés de leur participation à une étude d'évaluation. Ont été exclus les malades incapables de comprendre les questions ou ne désirant pas se soumettre au suivi jusqu'à six mois.

L'évaluation des résultats postopératoires précoces a été réalisée lors de la visite de contrôle effectuée par l'opérateur entre la troisième et la quatrième semaine postopératoire, l'évaluation des résultats tardifs a été faite par interrogatoire téléphonique après un recul d'au moins six mois par un seul médecin n'ayant pas opéré de malades (DM). Le critère de jugement principal était l'évaluation faite par le malade lui-même de la douleur ressentie en postopératoire par rapport celle attendue, résultat exprimé en « plus », « autant » ou « moins ». Les critères secondaires étaient :

- l'évaluation faite par le malade lui-même de l'incapacité physique vécue en postopératoire par rapport à celle attendue, résultat exprimé en « plus », « autant » ou « moins » ;
- la satisfaction globale du malade vis-à-vis de son intervention ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4282405>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4282405>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)